様式第３号（第８条、第９条、第１２条関係）

岩美町アルツハイマー病治療薬補助金（変更）交付申請書

　　年　　月　　日

岩美町長　　氏　　名　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　年度岩美町アルツハイマー病治療薬補助金の交付を受けたいので、岩美町補助金等交付規則第５条により、関係書類を添えて申請します。

記

１　算定基準額　　　金　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　 （金　　　　　　　 円）

２　交付申請額　　　金　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　 （金　　　　　　　 円）

３　添付書類

　・岩美町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第８条第２項に係る添付書類

４　その他

　　　・算定基準額及び交付申請額（補助金額）に重要な変更が生じた場合は、上段に変更後の額、下段（　）に変更前の額を記載すること。

様式第４号（第８条、第９条、第１２条関係）

年度岩美町アルツハイマー病治療薬補助金（変更）事業計画（報告）書

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　　分 | 事　　　　　　　　　　項 |
| １ 事業の目的 |  |
| ２ 事業計画の内容 |  |
| ３ 事業費の内訳 |  |
| ４ 他の補助金の活用の有無 | ※「有」の場合は、活用する補助金名やその事業内容、当該補助金に係る問い合わせ先（補助金を所管している部署名や団体名および連絡先）を記載してください。 |
| ５ その他 |  |

様式第５号（第８条、第９条、第１２条関係）

収支予算（決算）書

（１）収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 予　算　額 | 決算額 | 差引増減額 | 摘　要 |
| 町補助金 | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　） |  |
| その他 | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　） |  |
|  |  |  |  |  |
| 計 | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　） |  |

（２）支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 予　算　額 | 決算額 | 差引増減額 | 摘　要 |
|  | （　　　　） | （　　　　　） | （　　　　） |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 計 | （　　　　） | （　　　　　） | （　　　　） |  |

　※上段に変更後の額、下段に変更前の額を記載すること。